

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**OLHAR POR MIM ENQUANTO CUIDO DE TI:
AUTOCUIDADO DE PSICÓLOGOS QUE TRABALHAM
EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Daniela Santos e Sousa

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde Psicoterapia
Cognitivo-Comportamental e Integrativa**

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**OLHAR POR MIM ENQUANTO CUIDO DE TI:
AUTOCUIDADO DE PSICÓLOGOS QUE TRABALHAM
EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Daniela Santos e Sousa

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde Psicoterapia
Cognitiva-Comportamental e Integrativa**

2020

Agradecimentos

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva, por toda a confiança, disponibilidade, conhecimento, rigor e inspiração. Muito obrigada por ter contribuído para o meu interesse pelo autocuidado e por ter alimentado o gosto pela investigação.

Um agradecimento a todas as psicólogas que participaram no estudo, pela sua contribuição e disponibilidade.

Agradeço também aos meus professores e orientadores de estágio, aqueles que fizeram parte do meu crescimento e contribuíram para que me apaixonasse pela psicologia clínica. Especialmente, gostaria de deixar uma palavra de gratidão àqueles que considero os meus mentores: o Professor Doutor Branco Vasco pela sabedoria, inspiração e genuinidade; o Professor Doutor Nuno Conceição pelo conhecimento, engenho e inquietação; ao Doutor Luís Gonçalves pela criatividade, entusiasmo, perspicácia e apoio.

Um agradecimento especial aos meus pais, por toda a ajuda, amor e confiança que depositam em todos os desafios, e à minha irmã por acreditar em mim e por ser o porto de abrigo desde o início desta jornada. Ao João, obrigada por transformar as coisas complexas em algo simples, pelo companheirismo, carinho e por ter estado presente ao longo destes anos. Aos meus amigos da faculdade por serem os companheiros de longas caminhadas, por serem os confidentes, pelas risadas e cansaço partilhados e por depositarem muita confiança em mim. Aos amigos da terra, que me viram crescer e que me ajudaram a olhar para o mundo com outros olhos. À Sandra Soares, porque sem ela possivelmente este caminho teria sido muito diferente.

A todos eles, um grande obrigada.

“Mas não estava, há anos que ficava cada vez pior, a rotina embacia-nos, torna-nos indefinidos, desfocados, fantasmas, máquinas, ao mesmo tempo que nos solidifica em estátuas de sal. A consciência da morte é o que nos desperta dessa morte em que vivemos, que nos diz o que deveríamos ter feito, o que deixámos de fazer, a morte é um despertador que nos acorda para a inevitabilidade dos nossos erros.”

Afonso Cruz, Flores

Resumo

Pouco se sabe sobre o impacto do trabalho em cuidados paliativos nos psicólogos clínicos, embora os custos do trabalho neste contexto para os médicos e enfermeiros seja conhecido. Estando os psicólogos dos cuidados paliativos expostos aos mesmos fatores que os restantes profissionais e considerando os riscos associados à prática da psicologia clínica, existe a necessidade de entender a influência do trabalho neste contexto no bem-estar dos psicólogos bem como o significado atribuído por eles às práticas de autocuidado.

Este estudo, de natureza qualitativa, explora as experiências de psicólogos clínicos que trabalham em cuidados paliativos, tendo como foco principal entender vários aspetos relativos ao seu autocuidado. Onze psicólogas portuguesas que trabalhavam em cuidados paliativos participaram em entrevistas semiestruturadas, tendo sido feita uma análise temática com recurso ao software QSR Nvivo 12 Pro. Três domínios surgiram da análise: (1) trabalho em cuidados paliativos e seu impacto; (2) o autocuidado: como, para quê, e porque não; e (3) aprendizagem do autocuidado. As participantes identificaram o impacto das especificidades do seu trabalho, a influência do trabalho em contexto paliativo e de fatores pessoais no seu autocuidado, e a relevância de se incluir temas relativos ao autocuidado na formação académica e profissional.

Os resultados mostram como o autocuidado contribui para uma boa prática profissional e para o bem-estar da pessoa do psicólogo. Esta investigação permite um maior entendimento da prática do autocuidado e uma melhor valorização deste tema por parte dos psicólogos que trabalham em cuidados paliativos.

Palavras-chave: autocuidado, psicólogos clínicos, cuidados paliativos, bem-estar, estratégias

Abstract

Little is known about the impact that palliative care work has in clinical psychologists, although the costs related to working in this setting have been found in doctors and nurses. Considering that clinical psychologists are exposed to the same factors as other healthcare professionals in this setting, and taking into account the risks inherent to clinical psychology practice, there is a need to explore the influence this work has on the well-being of psychologists, as well as the relevance they attribute to self-care.

This qualitative study explores the experiences of clinical psychologists working in palliative care in an attempt to understand the various aspects related to their self-care practices.

Eleven Portuguese psychologists working in palliative care participated in semi-structured interviews. A thematic analysis was performed using the software QSR Nvivo 12 Pro. Three main domains emerged from the analysis: (1) working in palliative care and its impact; (2) self-care: how, what for and why not (3) self-care learning.

Participants identified the impact of specific aspects inherent to their work, the influence that both their professional setting and personal life played in their self-care and the importance of integrating topics related to self-care in the academic curriculum and professional environment.

The findings of this study show that self-care practices improve professional performance and contribute to the wellbeing of the psychologist as a person. This research allows a greater understanding of self-care practices and attributes relevance to this topic within psychologists working in a palliative care setting.

Keywords: self-care, clinical psychologists, palliative care, well-being, strategies

Índice Geral

Ser psicólogo clínico: desafios e riscos	1
Ser psicólogo em cuidados paliativos	2
Especificidades	2
Fatores de risco	3
Fatores de proteção e recompensas	5
Autocuidado	7
Importância	7
Estratégias	7
Obstáculos	9
Relevância e Objetivos do estudo	10
Metodologia	10
Caracterização da amostra	11
Instrumentos	12
Questionário sociodemográfico	12
Guião da entrevista semiestruturada	12
Procedimentos	12
Procedimentos de seleção e recolha de dados	12
Procedimentos de análise de dados	13
Resultados e Discussão	14
Domínio 1. Trabalho em cuidados paliativos e seu impacto	14
Domínio 2. Autocuidado: como, para quê e porque não	20

Domínio 3. Aprendizagem do autocuidado	30
Conclusão	32
Referências	36
Anexos	44

Lista dos Anexos

Anexo A – Email enviado às instituições

Anexo B – Email enviado aos participantes

Anexo C – Consentimento informado

Anexo D – Questionário Sociodemográfico

Anexo E – Guião da entrevista semiestruturada

Anexo F – Sistema Hierárquico de Categorias

Ser psicólogo clínico: desafios e riscos

Ser psicólogo clínico implica ser-se constantemente confrontado com desafios pessoais, interpessoais, éticos e profissionais, que podem pôr em risco o bem-estar da pessoa do psicólogo (e.g., Figley, 2002; Figley & Ludick, 2017; Mahoney, 1997).

Em primeiro lugar, a natureza unidirecional da relação que se estabelece com o paciente pode acarretar custos, uma vez que o foco do terapeuta está em atender o sofrimento e necessidades do paciente, investindo os seus recursos no outro (Norcross & VandenBos, 2018; Silva, 2019). Esta relação pressupõe que o terapeuta seja empático, escute ativamente o paciente e o aceite de forma incondicional. Tal potencia a capacidade de sentir as emoções do outro, estando exposto ao seu sofrimento (Figley, 2002; Figley & Ludick, 2017). Por outro lado, deve estar atento às suas próprias necessidades e sentimentos, ser capaz de tolerá-los, regulá-los e evitar que interfiram na qualidade da relação terapêutica (Figley, 2002; Norcross & VandenBos, 2018; O'Connor, 2001). Também a confidencialidade pode ser uma fonte de stress, pois o psicólogo é impedido de partilhar informação com familiares e amigos como forma de obtenção de apoio social, gerindo as exigências associadas a cada caso de forma autónoma (Spiegel, 1990).

Um outro aspeto que parece influenciar negativamente o bem-estar destes profissionais prende-se com os desafios associados às condições de trabalho. Estes abrangem a sobrecarga horária, ter tarefas de documentação, ausência de controlo nas políticas de trabalho, falta de reconhecimento, e sentimentos de injustiça e desamparo (e.g., Killian, 2008; Norcross & VandenBos, 2018; Skovholt & Trotter-Mathison, 2016; Turnbull & Rhodes, 2019; Ventura, 2018).

Por fim, as vulnerabilidades e história pessoal podem igualmente ter implicações. A escolha desta profissão está, por vezes, associada a vivência de traumas e abusos na infância e disfunções familiares, incluindo a existência de problemas associados ao álcool (Elliot &

Guy, 1993), que em si são fatores de risco para o desgaste profissional (Killian, 2008). Para além disso, desafios da vida pessoal do psicólogo como problemas conjugais, parentalidade, acontecimentos adversos da vida e existência de doenças mentais podem contribuir também para elevados níveis de stress (Di Benedetto, 2015; Mahoney, 1997; Norcross & Prochaska, 1986; Norcross & VandenBos, 2018; Turnbull & Rhodes, 2019). De salientar que psicólogos mais jovens e com menos experiência profissional parecem estar mais suscetíveis a ter problemas relacionados com o stress (Simionato & Simpson, 2018).

Tendo em conta tudo o que foi referido, as especificidades do trabalho clínico bem como as características e vivências pessoais do psicólogo constituem-se fatores de risco para a ocorrência de problemas de sono, depressão, ansiedade, isolamento, ideação suicida, problemas nos relacionamentos íntimos, exaustão emocional, fadiga crónica, entre outros (e.g., Mahoney, 1997; Pope & Tabachnick, 1994; Thoreson et al., 1989). Neste sentido, parecem existir riscos específicos associados a diferentes áreas de intervenção. Por exemplo, psicólogos que trabalham com pessoas que já experienciaram situações traumáticas podem ficar traumatizados, ter alterações nos seus esquemas cognitivos e sofrer disrupções no seu sistema de imagética pelo próprio relato dos clientes (e.g., McCann & Pearlman, 1990). Considerando as características dos cuidados paliativos, esta área poderá também estar associada a riscos particulares nos psicólogos.

Ser psicólogo em cuidados paliativos

Especificidades. Os profissionais que trabalham em contexto de cuidados paliativos lidam com problemáticas muito particulares. Os cuidados paliativos consistem “numa abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e das suas famílias que enfrentam problemas associados a doença ameaçadora de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais” (OMS, 2002, World Health Organization Definition of Palliative

Care, para.1). Assim, não se pretende curar a doença ou prolongar a vida dos pacientes (Graham et al., 1996), mas fornecer-lhes a melhor qualidade de vida, minimizar o seu sofrimento e contribuir para uma morte pacífica (Pereira et al., 2016).

Presentemente tem-se observado uma maior preocupação em definir as competências e funções dos psicólogos nos cuidados paliativos, bem como em reconhecer a sua contribuição para a melhoria do trabalho das equipas deste contexto (cf. Golijani-Moghaddam, 2014; Kasl-Godley et al., 2014; Leonard et al., 2017; Roletto, 2013). A função do psicólogo é bastante abrangente, passando por: (a) intervenção com o paciente e a sua família; (b) intervenção e acompanhamento no luto dos familiares; (c) intervenção e acompanhamento psicológico dos elementos das equipas de cuidados paliativos, idealmente por parte de um psicólogo externo às equipas, prevenindo o seu esgotamento e reduzindo os riscos psicossociais (Golijani-Moghaddam, 2014; Leonard et al., 2017; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2019).

Fatores de risco. Sendo os cuidados paliativos um contexto em que se está exposto a conteúdos emocionalmente intensos associados ao sofrimento e morte dos pacientes, em que se exige que os profissionais estejam presentes e se entreguem ao outro, é difícil não pensar no impacto que isto traz para os mesmos. Apesar da escassa literatura relativa aos fatores de risco a que os psicólogos dos cuidados paliativos estão expostos, conhecem-se os riscos associados ao trabalho neste contexto nos profissionais de saúde em geral (e.g., Kavalieratos et al., 2017; Pereira et al., 2014; Rockach, 2005).

Para além de atenderem às necessidades dos pacientes, os profissionais de cuidados de saúde paliativa enfrentam desafios particulares como: a comunicação de um prognóstico desfavorável aos pacientes e familiares; o contacto com a sua zanga, luto e desespero; a exposição ao sofrimento e morte dos pacientes; e a cooperação com a impossibilidade médica de os tratar. Estes fatores parecem ter uma grande contribuição para a experiência de elevados níveis de stress (Rockach, 2005). Múltiplos estudos mencionam outros riscos que

influenciam negativamente o bem-estar de enfermeiros e médicos de cuidados paliativos, nomeadamente: ter dificuldade em estabelecer limites (White et al., 2004); sentir que não se está a fazer diferença e ter elevado autojulgamento (Kavalieratos et al. 2017); existência de sentimentos de fracasso, frustração e impotência (White et al., 2004); conflito e dificuldade de comunicação entre especialidades (Kase et al., 2019; Kavalieratos, et al., 2017); monotonia no local de trabalho, questões burocráticas (Kavalieratos et al., 2017); excesso de trabalho e sentir-se sobrecarregado (Graham et al., 1996; Kavalieratos et al., 2017).

Em Portugal, parece ser a existência de conflitos entre os profissionais de saúde o fator que mais influencia o *burnout* no contexto paliativo. Tal pode dever-se ao estabelecimento de prioridades de cuidados distintos por parte dos diversos profissionais, podendo dificultar a comunicação e relação quer dentro da equipa dos cuidados paliativos, quer com outras equipas (Pereira et al., 2014).

No que se refere aos psicólogos, as mudanças organizacionais parecem constituir-se um fator com impacto negativo no seu bem-estar. Também a crença de que o psicólogo é capaz de conter e tolerar as suas emoções e de que deve ser a fonte de suporte de toda a equipa, presente tanto nos elementos das equipas multidisciplinares, como nos próprios psicólogos, parece impedir a expressão das emoções destes profissionais e contribuir para o desgaste profissional (Cramond et al., 2020).

Cuidar do outro traz custos e, portanto, os riscos inerentes ao trabalho neste contexto podem facilitar a manifestação de desgaste profissional, como o *burnout* ou fadiga por compaixão (Acinas, 2012). Segundo Maslach e Jackson (1981), o *burnout* é um problema que surge no âmbito profissional e que se manifesta em sentimentos de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal, estando frequentemente associados a sentimentos de incompetência, falta de confiança e incapacidade para dar resposta às situações do trabalho. Fadiga por compaixão é uma síndrome que decorre como consequência

da constante compaixão e cuidado do outro que está em sofrimento, associada ao desejo de o aliviar. Manifesta-se em sentimentos de isolamento, confusão e desamparo, fadiga, menor preocupação com o outro e diminuição da compaixão, devido à falta de recursos do profissional para gerir o sofrimento dos pacientes e familiares (Figley, 1995; Figley, 2002; Figley & Ludick, 2017).

Para além de estar exposto às mesmas circunstâncias que o médico e o enfermeiro, o psicólogo é quem escuta ativamente as vulnerabilidades e preocupações dos pacientes, familiares e restantes profissionais das equipas, e quem participa na comunicação de “más notícias”, sendo o profissional mais capacitado para intervir na construção de significados de situações complexas (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2019). Como tal, é difícil assumir que a prática psicológica em cuidados paliativos não acarreta custos para os psicólogos. Apesar disso, parece haver menor prevalência de *burnout* em profissionais que trabalham em cuidados paliativos, comparativamente a outras áreas (Pereira et al., 2011). Tal pode dever-se à capacidade de manter o equilíbrio entre os riscos e as recompensas do trabalho neste contexto, de forma a que haja prevalência de sentimentos agradáveis (Barbosa et al., 2014).

Fatores de proteção e recompensas. Por contraponto à fadiga por compaixão, atrás referida, a satisfação por compaixão é um fator que parece mitigar a ocorrência de desgaste profissional nos profissionais de saúde dos cuidados paliativos (Kavalieratos, et al., 2017). Consiste num sentimento de realização e recompensa resultante de cuidar do outro que está em sofrimento, em que o profissional se sente capaz de fazer a diferença e de contribuir positivamente para a ajuda do outro (Barbosa et al., 2014; Stamm, 2005). Alguns estudos verificaram correlações negativas entre a satisfação por compaixão e a fadiga por compaixão e *burnout* nos profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos (e.g., Kase et al., 2019; Sansó et al., 2015).

Outras variáveis contribuem para atenuar o risco de desgaste profissional. Em primeiro lugar, ter um sentido de compromisso e controlo perante o trabalho parece associar-se a baixos níveis de *burnout* (Frey et al., 2018). Ter tempo para estar com os doentes e seus familiares e ter uma boa relação com os mesmos (Graham et al., 1996), a existência de trabalho em equipa (Kearney et al., 2009), ter competências de comunicação e ter formação específica em cuidados paliativos são fatores que igualmente contribuem para a resiliência (Frey et al., 2018; Kearney et al., 2009). Também a construção de um significado para a morte aliada à presença de estratégias de *coping* para lidar com o fim da vida influenciam a capacidade dos profissionais de saúde trabalharem neste contexto sem se sentirem sobrecarregados com o sofrimento permanente dos pacientes (Gama et al., 2014; Pereira et al., 2016; Sansó et al., 2015). Num estudo realizado por Sinclair (2011) os participantes relataram que trabalhar no contexto de cuidados paliativos é uma oportunidade para atribuírem significado à vida, ajudando-os a viver no presente.

De destacar ainda que psicólogos que trabalham em cuidados paliativos descreveram o seu trabalho como um privilégio, sendo que os aspetos positivos se sobrepõem aos negativos. Reportaram também que, apesar da existência de um envolvimento emocional com os pacientes, tinham a capacidade de se distanciar e atenuar o seu impacto. Para além disso, o seu trabalho parece contribuir para a mudança da pessoa do psicólogo, sendo que a exposição à morte permite refletir sobre a vida e aceitar a imprevisibilidade da mesma (Cramond et al., 2020).

Por fim, o autocuidado é um fator protetor de grande relevância, uma vez que não só desempenha um papel muito importante no modo como se encara a morte (Sansó et al., 2015), como permite lidar com o stress e aumentar o bem-estar (Rupert & Dorociak, 2019; Wise et al., 2012).

Autocuidado

Importância. Este termo diz respeito ao conjunto de atividades que o indivíduo faz para promover o seu bem-estar físico e emocional, assegurando a eficácia do seu funcionamento profissional (e.g., Wise & Reuman, 2019). O seu papel reside na promoção de bons resultados, a nível profissional e pessoal, e não meramente na prevenção de uma prática clínica deficitária com impacto negativo no paciente (Rupert & Dorociak, 2019). Ao cuidarem bem de si, os psicólogos são mais resilientes ao impacto do stress, sentem-se melhor consigo mesmos (Rupert & Dorociak, 2019; Wise et al., 2012) e cuidam melhor dos outros (Norcross & VandenBos, 2018). J. C. Norcross (Workshop, 26 de outubro, 2019) disse que o “autocuidado [do psicoterapeuta] vai ajudar mais os pacientes do que qualquer técnica brilhante”. De facto, considerando que o défice de autocuidado do terapeuta pode prejudicar o paciente, este é não só um requisito humano, mas também uma necessidade clínica e um imperativo ético (Barnett et al., 2007).

Uma vez que parece existir uma tendência dos psicólogos a não dedicarem tempo a cuidarem de si, ignorando os sinais de stress (Norcross & VandenBos, 2018; Skovholt & Trotter-Mathison, 2016), é necessária a criação de uma cultura de autocuidado através da formação de psicólogos, familiarizando-os com os desafios inerentes à profissão e com o impacto do desgaste profissional na sua competência, incentivando-os a adotarem estratégias de autocuidado (Barnett et al., 2007; Barnett & Cooper, 2009).

Estratégias. Para a prática de autocuidado é necessário ser-se capaz de monitorizar o stress, ter autoconsciência dos desafios e mudanças que surgem e, simultaneamente, assumir a responsabilidade de mudar e cuidar de si (Norcross & VandenBos, 2018).

Norcross e VandenBos (2018) propõem 13 princípios que devem ser considerados pelos psicólogos de um modo flexível e integrado, não meramente com o objetivo de evitar o desgaste profissional, mas como forma de crescimento e prosperidade. Os princípios são: (a)

valorizar a pessoa que é o psicoterapeuta; (b) focar a atenção nas recompensas do trabalho; (c) reconhecer e aceitar os desafios ocupacionais inerentes à profissão; (d) preocupar-se com o corpo, praticando uma vida saudável; (e) nutrir relacionamentos; (f) estabelecer limites; (g) reestruturar cognições, reparando nos pensamentos irracionais e autocríticos, gerindo-os com compaixão; (h) sustentar escapatórias e atividades revitalizantes; (i) manter uma atenção plena, cultivando autocompaixão, expressando gratidão e praticando meditação; (j) criar intencionalmente um ambiente próspero, seguro e positivo; (l) fazer terapia pessoal; (m) cultivar espiritualidade; e (n) incentivar a criatividade e crescimento, diversificando as atividades profissionais e procurando desenvolvimento, mudança e renovação no seu trabalho.

A escolha de estratégias de autocuidado parece ser idiossincrática, sendo que diferentes psicólogos, em diferentes fases da carreira, recorrem a formas de autocuidado distintas (Dorociak et al., 2017; Parsonson & Alquicira, 2019). Por exemplo, psicólogos com mais anos de experiência parecem implementar mais estratégias que permitem o equilíbrio entre o mundo profissional e o pessoal, consciencialização e regulação cognitiva, e de desenvolvimento profissional, do que os psicólogos em início de carreira (Dorociak et al., 2017).

Ainda assim, vários estudos identificaram as estratégias frequentemente utilizadas pelos psicólogos (e.g., Harrison & Westwood, 2009; Killian, 2008; Mahoney, 1997; Mota, 2017). Estas incluem manter um estilo de vida saudável, em que se inclui a prática regular de exercício físico, ter uma alimentação e hábitos de sono saudáveis e tirar férias regularmente. Também passar tempo de qualidade com amigos e familiares, fazer atividades prazerosas, recorrer ao humor, prática de meditação, gerir o tempo, ter treino e formação continuados e a supervisão são estratégias frequentemente referidas.

Estratégias de autocuidado em cuidados paliativos. Algumas estratégias utilizadas por médicos e enfermeiros dos cuidados paliativos são: alimentação saudável; relaxamento; socialização com amigos e família; prática espiritual; estabelecimento de limites, autorregulação no local de trabalho; prática refletida; conversar com outras pessoas, como família, colegas e terapeuta; e uso de humor (Mills et al., 2018; Swetz et al., 2009).

Psicólogos dos cuidados paliativos referiram recorrer à prática de exercício físico, ter uma alimentação saudável, aplicar o conhecimento das intervenções psicológicas à sua vida pessoal, ter supervisão, monitorizar os sinais de stress, utilizar técnicas de *grounding* e desligarem-se dos pacientes após cada sessão (Cramond et al., 2020).

Obstáculos. O autocuidado pode ser dificultado ou impedido devido a desorganização pessoal, falta de tempo, má relação com colegas de trabalho, existência de limite de prazos que requerem respostas imediatas, falta de recursos no local de trabalho (Parsonson & Alquicira, 2019) e custo financeiro da terapia pessoal (Mahoney, 1997). Em Portugal, numa amostra de oito psicólogos que trabalhavam com pessoas que vivenciaram situações traumáticas, o obstáculo mais relatado foi a falta de tempo associada a uma elevada carga horária e/ou à maternidade. Para além de algumas características pessoais dos psicólogos referidas por alguns participantes, como terem dificuldade em ser autocríticos e estarem orientados para o bem-estar do outro, também o custo financeiro de algumas estratégias, a falta de recursos providenciados no local de trabalho e a pouca importância dada ao autocuidado na sua formação se afiguraram obstáculos (Ventura, 2018). Num estudo qualitativo de Mills e colaboradores (2018) identificaram-se barreiras ao autocuidado em médicos e enfermeiros que trabalhavam em cuidados paliativos, nomeadamente, excesso de trabalho, presença de estigma associado ao autocuidado, autocrítica e desvalorização do valor próprio por parte do profissional, e a falta de planeamento do autocuidado. Ainda assim,

pouca literatura aborda os obstáculos ao autocuidado neste contexto, e em particular nos psicólogos clínicos.

Relevância e Objetivos do estudo

Tendo em conta tudo o que foi referido, é inegável a influência do bem-estar do psicólogo no seu desempenho profissional. A escassez de estudos relativos aos riscos psicossociais a que os psicólogos dos cuidados paliativos estão expostos bem como das estratégias de autocuidado que utilizam torna relevante explorar este fenómeno. Parece fundamental não só perceber a influência das especificidades dos cuidados paliativos no desempenho profissional dos psicólogos, mas essencialmente entender como estes profissionais cuidam do seu bem-estar, de forma a assegurar uma prática clínica ética e benéfica para os pacientes.

Este estudo pretende explorar vários aspetos inerentes ao autocuidado nos psicólogos que trabalham em cuidados paliativos, tendo os seguintes objetivos específicos: (1) explorar o impacto do trabalho em cuidados paliativos nos psicólogos e como gerem o mesmo; (2) perceber se os psicólogos estão atentos ao seu bem-estar; (3) explorar a influência do trabalho em cuidados paliativos na utilização de estratégias de autocuidado e na relevância atribuída às mesmas; (4) identificar as barreiras ao autocuidado; (5) perceber se ao longo da sua formação foi abordada a importância do autocuidado.

Metodologia

O presente estudo tem por base uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, devido à necessidade de melhor compreender um fenómeno pouco estudado (Strauss & Corbin, 1998). Deste modo, pretende-se aceder e explorar as experiências subjetivas de psicólogos que trabalham em cuidados paliativos relativamente a vários aspetos inerentes ao autocuidado. A entrevista semiestruturada foi o método selecionado para a recolha de dados, uma vez que facilita o estabelecimento da relação com os participantes,

dando-lhes liberdade para partilhar informação, e fornece flexibilidade em seleccionar e modificar as questões consoante as suas repostas (Coolican, 2014).

Caracterização da amostra

A amostra da investigação foi constituída por 11 psicólogas clínicas que trabalhavam em cuidados paliativos. As participantes, com idades compreendidas entre os 30 e os 64 anos ($M = 45.27$; $DP = 10.57$), eram do género feminino, sendo que sete eram casadas ou viviam em união de facto, três eram solteiras e uma era divorciada. As suas orientações teóricas eram variadas (quatro Cognitivo-Comportamentais, três Psicodinâmicas, três Integrativas e uma Sistémica-Familiar) bem como o seu nível de escolaridade (oito tinham licenciatura pré-Bolonha e três tinham mestrado). Quatro participantes fizeram Pós-Graduações. Todas fizeram formações especializadas em cuidados paliativos, como Mestrado em Cuidados Paliativos (2), Pós-Graduação em Cuidados Paliativos (3), Formação Básica ou Intermédia em Cuidados Paliativos (4), Formação em Luto (3), e workshops vários sobre espiritualidade ou o papel do psicólogo nos cuidados paliativos (1). As participantes tinham entre 5 a 40 anos de experiência profissional total ($M = 20.36$; $DP = 11.32$) e entre 1 e 10 anos de experiência profissional em cuidados paliativos ($M = 4.27$; $DP = 3.20$), estando inseridas em equipas com tipologias de prestação de cuidados distintas: quatro estavam inseridas numa equipa comunitária, três intervinham nos internamentos, duas pertenciam a uma equipa intra-hospitalar de suporte e duas intervinham em todas as tipologias referidas. A maioria das participantes acompanhava adultos ($n = 9$), sendo que as restantes acompanhavam tanto crianças e jovens, como adultos. O número de horas semanais que passavam no serviço de cuidados paliativos variava entre 7 e 40 horas ($M = 22.36$; $DP = 15.09$). Semanalmente, as psicólogas acompanhavam em média cerca de 14 casos ($DP = 10.30$; $Max = 35$; $Min = 4$).

Instrumentos

Questionário sociodemográfico. Como forma de caracterizar a amostra foi utilizado um questionário sociodemográfico (anexo D) composto por itens referentes a dados sociodemográficos (e.g., idade, género, estado civil, nível de escolaridade) e a aspetos relacionados com a experiência profissional (e.g., orientação teórica, anos de experiência profissional em cuidados paliativos, número de horas semanais no serviço, número médio de casos acompanhados por semana, tipologia da equipa onde trabalha, formações especializadas em cuidados paliativos).

Guião da entrevista semiestruturada. O guião da entrevista semiestruturada desenvolvido num estudo de Ventura (2018) foi adaptado (anexo E) tendo em consideração os objetivos do presente estudo e a literatura existente relativa à temática e à investigação qualitativa. O guião utilizado é composto por: a) apresentação; b) especificidades da profissão e o seu impacto nos profissionais; c) estratégias de autocuidado: relevância, evolução e barreiras; d) comentários e conclusão da entrevista.

Procedimentos

Procedimentos de seleção e recolha de dados. Após a adaptação do guião, foi realizado um piloto com o intuito de determinar se a duração aproximada da entrevista correspondia à duração previamente definida, reformular o conteúdo e ordem das questões, se necessário, e familiarizar a entrevistadora com o formato do guião.

O estudo foi divulgado via email, através da Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos e do contacto direto às Equipas de Cuidados Paliativos disponíveis no Serviço Nacional de Saúde (anexo A). Foram dadas informações sobre os objetivos da investigação, critérios de inclusão, duração da entrevista, confidencialidade e possibilidade de realizar a entrevista presencialmente ou por videochamada, sendo solicitado aos interessados em participar que contactassem a investigadora através do email ou contacto telefónico, de modo

a se proceder ao agendamento da data para a realização da entrevista (anexo B). Para colaborarem no estudo, os participantes tinham de ser psicólogos clínicos, membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses, trabalharem em cuidados paliativos e ter pelo menos 5 anos de experiência profissional.

Cinco entrevistas foram realizadas presencialmente no local designado pelos participantes. Antes do início da entrevista procedeu-se à assinatura do consentimento informado (anexo C) e preenchimento do questionário sociodemográfico. No caso das seis entrevistas realizadas por videochamada via *Skype* ou *Whatsapp*, foi solicitado às participantes que enviassem à investigadora o consentimento informado assinado e o questionário sociodemográfico preenchido, previamente enviados via email. Seguidamente, procedeu-se à apresentação da entrevistadora e do tema e foram lembrados os objetivos do estudo, a confidencialidade dos participantes e a possibilidade de desistência sem qualquer consequência. No final, a entrevistadora agradeceu a colaboração do participante. As entrevistas tiveram uma duração variável entre 10 e 35 minutos, tendo sido gravadas em formato áudio.

Procedimentos de análise de dados. Após a transcrição total das entrevistas, os dados foram analisados recorrendo à análise temática, através do software QSR Nvivo 12 Pro. A análise temática é um método que permite identificar, analisar e descrever padrões emergentes nos dados. Dada a natureza exploratória do estudo, este método mostra-se adequado por ser um método flexível, independente da teoria e epistemologia, permitindo analisar os dados de uma forma rica, rigorosa e detalhada (Braun & Clarke, 2006; MacQueen, & Namey, 2012). A análise dos dados foi concretizada em seis fases propostas por Braun e Clarke (2006). A primeira fase consistiu numa familiarização com os dados através da transcrição e leitura repetida das entrevistas, que permitiram a emergência de ideias iniciais. Na segunda fase foram gerados códigos iniciais a partir das respostas das participantes, que

permitiram a organização de dados de acordo com um padrão identificado. A terceira fase consistiu no agrupamento das categorias em possíveis temas, gerando um primeiro sistema de categorias. De seguida, a quarta fase compreendeu a revisão dos temas, verificando a coerência dos mesmos com os extratos codificados bem como com todo o conjunto de dados. A quinta fase incluiu o refinamento dos dados, definição de cada tema e atribuição de uma nomeação definitiva. Através de uma recodificação contínua dos dados que foram surgindo ao longo da análise tornou-se possível criar um sistema hierárquico de categorias (anexo F). Por último, foi feita uma análise final dos extratos selecionados e uma comparação dos mesmos com os objetivos de investigação e literatura existente relativamente ao tema de estudo. A análise foi realizada pela autora da investigação, tendo sido revista pela orientadora, que assumiu funções de consultora.

Resultados e Discussão

A análise resultou em 136 categorias relacionadas entre si, que foram agrupadas em três domínios: (1) trabalho em cuidados paliativos e seu impacto; (2) o autocuidado: como, para quê, e porque não; e (3) aprendizagem do autocuidado (ver anexo F).

Domínio 1. Trabalho em cuidados paliativos e seu impacto

Este domínio refere-se às funções exercidas pelas psicólogas dos cuidados paliativos, ao impacto do seu trabalho na pessoa do psicólogo e ao modo como gerem os custos e as recompensas do seu trabalho (objetivo 1).

1.1. O tema **Funções dos psicólogos** (9) retrata a diversidade da intervenção das psicólogas. Esta categoria emergiu a partir do discurso das participantes, não havendo nenhuma questão específica neste sentido.

Apesar de ser aconselhada a existência de um psicólogo externo à equipa para a prevenção de desgaste profissional de todos os elementos, incluindo o do psicólogo (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2019), várias participantes referiram que a sua função envolve

cuidar da equipa (7). Para além disso, estando num contexto onde é esperada a morte do paciente, algumas participantes relataram que um dos objetivos da sua intervenção passa pela facilitação da partida dos doentes em paz (4), onde se inclui a tentativa de minimizar o sofrimento (3), ajudar a resolver assuntos inacabados (2) e ajudar a encontrar o lado positivo da doença (1). Esta tentativa de contribuir para uma morte pacífica, minimizando o sofrimento e aumentando a qualidade de vida é o objetivo principal de todos os profissionais que trabalham neste contexto (Pereira et al., 2016). Também a intervenção e acompanhamento da família no luto (3) “(...) *depois temos os familiares, e nós temos que os acompanhar nessa fase de luto.*”(P3) e intervenção em crise (1) “*Eu acho que o trabalho em cuidados paliativos, às vezes, nalgumas situações, assemelha-se um bocadinho a cuidados e intervenções que existem na crise, não é?*”(P8) foram relatados por algumas psicólogas.

1.2. O tema **Fatores de risco** (10) inclui os fatores pessoais e algumas características e condições inerentes ao trabalho em cuidados paliativos que podem comprometer o bem-estar das psicólogas. Foram identificados fatores de risco associados às características do trabalho (9), às características e vivências pessoais (7) e às condições de trabalho (5).

A categoria características do trabalho ilustra que particularidades do trabalho do psicólogo em cuidados paliativos se constituem fatores com potencial impacto negativo na sua saúde e bem-estar. Grande parte das participantes referiu que a relação terapêutica e elevado envolvimento emocional (8) facilitam a sua identificação com os pacientes, tornando difícil lidar com a perda dos mesmos “(...) *há situações que mexem connosco. E isso vai acontecer sempre, não é? O meu trabalho é um trabalho muito relacional (...). Nós envolvemo-nos muito nas situações. E é natural que isso mexa connosco, e que tenhamos sinais...*”(P3). Consequentemente, por haver elevado envolvimento emocional e empatia característicos da relação psicólogo-paciente, a exposição aos limites humanos: doença, sofrimento e morte (6) é uma constante no seu dia-a-dia, sendo que algumas participantes

mencionaram estar “(...) *sempre a ser confrontados com a fragilidade e a finitude do outro* (...)” (P2). Esta categoria não é novidade, indo ao encontro dos fatores de risco associados à prática paliativa pelos vários profissionais inseridos na equipa, referidos por Rockach (2005). Para além destes, apenas uma participante mencionou que “*Lidar com isso ao mesmo tempo em que se tem de fazer um esforço muito grande de...aaa... atualização, portanto, mesmo formativa (...) que implica aqui um esforço de aquisição de conhecimentos muito grande* (...)”(P10), ilustrando como a necessidade de constante atualização de conhecimentos (1) pode constituir-se um fator acrescido que pode ter impacto no bem-estar do psicólogo. Por fim, uma participante mencionou que “*Mas depois para cuidar de nós não há ninguém, não é?*”(P3), sendo que a alusão ao facto de que “ninguém cuida de mim”(1) sugere a ausência de consciência dos restantes profissionais da equipa em relação à necessidade de cuidar do psicólogo.

A categoria características e vivências pessoais inclui: vulnerabilidades da vida pessoal (5) “(...) *às vezes, de aspetos também da vida pessoal que interferem, que nos vão afetando* (...)”(P9), ser inexperiente (2), e ausência de estratégias de coping (1) para lidar com adversidades da vida pessoal “*Mas tenho a noção de que se houver outra coisa que venha alterar, que eu vou ter que lidar com, nem sei como é que se lida, nem sei o que é que vou sentir, porque nunca vivi essa realidade.*”(P1).

No que se refere às condições de trabalho, algumas participantes referiram-se ao excesso de trabalho e sentir-se sobrecarregado (5) “*Eu já tive momentos em que senti que havia, de facto, uma grande pressão... de tempos, de prazos* (...)”(P11), o que parece associar-se ao contexto de cuidados paliativos (e.g., Kavalieratos et al., 2017), mas também à prática de psicologia clínica, independentemente da especificidade de intervenção (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016; Turnbull & Rhodes, 2019); e à existência de conflitos e discordância entre profissionais (3) “(...) *há os outros fatores todos que eu creio que também*

existem nos outros empregos que é relações interpessoais, que pode haver conflitos, não é? ou discordâncias(...)”(P8). Considerando que, em Portugal, a presença de conflitos entre profissionais de saúde de cuidados paliativos tem uma grande contribuição para a incidência de *burnout* em médicos e enfermeiros (Pereira et al., 2014), estes dados sugerem que este fator também afeta os psicólogos que trabalham nesta especialidade. Para além destes, uma participante relatou que o facto de ter um contrato pouco estável (1) contribui para a perceção de instabilidade na sua vida profissional.

1.3. Consequências do trabalho (11). Este tema ilustra como o trabalho em cuidados paliativos teve impacto no bem-estar das participantes e de que modo o mesmo causou mudanças na sua forma de ser e estar. Emergiram duas categorias: o bom (11) e o mau (8).

O mau refere-se ao impacto negativo do trabalho, como: cansaço, desgaste emocional e stress (7); maior risco de desgaste profissional ao longo do tempo (7) “(...) *estamos muito vulneráveis e muito suscetíveis de, de repente, estar naquele estado da tal fadiga por compaixão, em que nos sentimos esvaídos.*”(P2); dificuldade em dormir (3); irritabilidade e labilidade emocional (3); indisponibilidade emocional para a família (2) “(...) *às vezes há uma indisponibilidade que se percebe lá em casa que eu tenho (...)*”(P2); sentimentos de injustiça (1) “*Havia momentos em que eu me sentia triste, em que eu sentia uma grande injustiça por estar a ver aqueles miúdos a viverem, de facto, privação de projetar vida e sonhos, não é? Portanto, isto tudo trazia assim um sentimento de grande injustiça.*”(P2). Estas consequências vão ao encontro da literatura existente sobre os efeitos negativos da prática clínica tanto nos médicos e enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos (e.g., Acinas, 2012), como nos psicólogos em geral (e.g., Figley & Ludick, 2017; Pope & Tabachnick, 1994). É de notar que, apesar de Simionato e Simpson (2018) terem verificado que os psicólogos com mais experiência revelaram menores níveis de stress e *burnout*, as participantes referiram ter a perceção de que a sua predisposição para o desgaste profissional

vai aumentando ao longo do tempo, atribuindo este aumento ao facto de sentirem que o efeito cumulativo dos fatores de risco tem cada vez mais impacto no seu bem-estar.

Apesar de o seu trabalho acarretar alguns custos, houve mais participantes a referirem-se ao bom. Neste tema, surgiram 23 referências relativas à satisfação por compaixão (10), que inclui sentimentos de gratificação e recompensa (7) “*Eu acho que é dos trabalhos mais gratos que nós temos (...). Isso é muito, muito gratificante, o que fica, o reconhecerem-nos, o antes e depois ainda se lembrarem de nós. É uma gratificação muito grande, acho que sim...*” (P3) e fazer a diferença: sentir que se está a contribuir para a ajuda do outro (5) “*É uma fase da vida tão delicada, tão vulnerável e, portanto, o nosso trabalho tem, de facto, um impacto muito, muito importante na vida daquelas pessoas.*” (P10). O facto de estarem expostas aos limites humanos e de serem confrontadas com a morte diariamente remete para o questionamento da sua própria finitude e, conseqüentemente, reflete-se numa atitude Carpe diem: valorizar a vida (5) “*(...) isto faz-nos questionar também a respeito da vida e da inconstância das coisas, não é? e devolve o foco da atenção para o momento presente, e faz-nos querer viver da melhor forma o nosso próprio dia-a-dia, não é?*” (P10). Tal parece estar relacionado com as descobertas de Cramond e colaboradores (2020), em que os psicólogos mencionaram ter uma atitude aceitante da imprevisibilidade da vida. Algumas participantes referiram-se ainda ao crescimento pessoal derivado do trabalho (4) “*(...) não só aprendemos muito com os doentes e com as famílias nesse sentido, mas também com os restantes profissionais.*” (P8). Ser psicóloga nos cuidados paliativos é também uma oportunidade para entender o poder do homem: aceder à capacidade de superação do ser humano (2) “*E a verdade é que é uma descoberta a forma como o ser humano tem a capacidade de se transcender em momentos que são tão vulneráveis, não é? e de se superar...*” (P10).

Estes dados sugerem que as características do trabalho neste contexto, que por vezes se constituem riscos que comprometem o bem-estar dos psicólogos, têm um impacto existencial

nestes profissionais, determinando a forma como encaram a vida (Cramond et al. 2020; Kearney et al., 2009). Apesar dos riscos, o cuidado do outro que está em sofrimento parece gerar sentimentos de realização e recompensa em que o psicólogo se sente capaz de fazer a diferença na ajuda do outro. Estes sentimentos não só são uma consequência positiva, como mitigam o impacto das consequências negativas do trabalho (Kavalieratos et al., 2017).

1.4. O tema **Fatores de proteção** (11) reflete que fatores protegem as psicólogas dos riscos associados à sua profissão e contribuem para o seu bem-estar. Entre estes, foram nomeados fatores da pessoa (9) e do trabalho (7). No que se refere aos fatores da pessoa, apesar de várias participantes terem referido ter a percepção de estarem mais predispostas para o desgaste profissional ao longo do tempo, muitas reconheceram também que ter maturidade pessoal e experiência profissional (7) minimiza o impacto de alguns fatores de risco “*A morte em si pode não ser traumática, não é? Porque depende também de, na nossa vivência, na forma como...a maturidade que nós temos, também pessoal, perante esta situação.*”(P3), dado o aumento de competências que as ajudam a lidar com as adversidades associadas ao seu trabalho, como proposto por alguns autores (e.g., Siminato & Simpson, 2018; Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Neste sentido, da mesma forma que ser-se inexperiente se constitui um fator de risco, ter maturidade pessoal e profissional constitui-se um fator protetor. Outros fatores são: ter uma vida pessoal equilibrada (2) “*Porque sei e tenho muita noção de que sou uma grande sortuda e não tenho nada que me preocupe, não tenho preocupações, tenho uma família ótima, todos cheios de saúde (...). Portanto eu não tenho fatores que venham perifericamente perturbar o meu bem-estar*”; ser alegre (1); e ter capacidade para gerir emoções (1) “*E que é preciso estar muito organizado emocionalmente para que, lá está, num momento de sensibilidade isso po-, fora do trabalho isso não nos afete.*” (P8). Uma participante referiu-se ao reconhecimento de que os ganhos são superiores às perdas (1) “*Lá*

está, é o que eu digo, tem essa parte negativa, mas depois tem toda essas partes positivas que vão compensando que, ao fim ao cabo, isto acaba por ser uma balança, não é?”(P8).

No que se refere aos fatores associados ao trabalho, mais de metade das participantes mencionaram a importância do suporte e comunicação na equipa (6) “(...) *aqui a relação de pares é muito importante. Em termos de equipa também sinto que as pessoas são um suporte muito importante (...).*”(P10). Dado o grande impacto existencial que o contexto paliativo tem nos profissionais, é possível que a compaixão e empatia que surgem não sejam restritos ao pacientes e familiares, mas também se façam sentir em relação à equipa, justificando a grande relevância atribuída a este fator. Como uma das participantes referiu “(...) *as equipas de suporte são equipas diferentes das outras. (...). É uma coisa extraordinária, mesmo.*”(P6). Por fim, uma participante revelou que trabalhar com pessoas com valores comuns aos do próprio (1) tem também um efeito protetor “(...) *estou rodeada de pessoas que também têm muito este tipo de filosofia. (...) por trabalhar também rodeada deste género de pessoas, obviamente isso também influencia o facto de eu ser assim e de ser isto que eu acredito ou que me faz sentido para mim.*”(P8).

A presença destes fatores tem um contributo na forma como as participantes gerem os riscos e as recompensas subjacentes ao trabalho em cuidados paliativos. Ainda assim, quando foi questionado às participantes como faziam esta gestão, a alusão a estes fatores protetores raramente surgiu como resposta direta a essa questão, uma vez que a maioria fez referência ao autocuidado. Assim, a prática de autocuidado parece ter um grande contributo neste equilíbrio.

Domínio 2. Autocuidado: como, para quê e porque não

Este domínio não só representa o modo como as psicólogas estão atentas ao seu bem-estar (objetivo 2), como também abarca vários aspetos relativos ao autocuidado, nomeadamente: qual a influência do trabalho dos cuidados paliativos na utilização de

estratégias de autocuidado e na relevância atribuída às mesmas (objetivo 3); e quais os fatores que dificultam o autocuidado (objetivo 4).

2.1. Autoavaliação do bem-estar (11) retrata como as psicólogas estão atentas ao seu bem-estar. A maioria das participantes referiu ter um olhar constante para dentro: reflexão sobre necessidades individuais e impacto do trabalho (9) “*Diariamente vou aferindo automaticamente a forma como me sinto, vou tentando ter alguma consciência acerca do que está a acontecer.*” (P10). Segundo Norcross e VandenBos (2018), a capacidade de monitorizar o stress e ter consciência dos desafios e mudanças que vão surgindo no próprio constituem-se um pré-requisito para o autocuidado. Ainda assim, muitas vezes esta reflexão é designada como sendo uma estratégia de autocuidado (e.g., Cramond et al., 2020) e não como fazendo parte de uma avaliação que precede o mesmo. Dessa forma, é importante referir que, após se ter questionado às participantes se reservavam algum tempo para avaliar o seu bem-estar, a resposta de algumas não tornava clara esta distinção. Ou seja, quando referiram que faziam uma reflexão sobre o seu dia, era por vezes difícil perceber se o consideravam uma parte integrante da autoavaliação do seu bem-estar ou uma estratégia de autocuidado. Só duas participantes relataram que a autoavaliação do seu bem-estar acontecia apenas quando havia um alerta amarelo: após surgimento de sintomas de stress (2) “*Ai! Acho que não dedico nada. Tenho uma luz que se acende, e isto é aqui cá de trás. Quando eu vejo que alguma coisa me faz um bocadinho mais de ansiedade, eu paro para pensar. Só quando aparece o sinal amarelo é que eu...*”(P6).

2.2. O tema Alterações no autocuidado (10) retrata de que forma o trabalho em cuidados paliativos causou mudanças na utilização de estratégias de autocuidado das psicólogas, permitindo perceber como o uso de estratégias foi evoluindo ao longo do tempo. Foram identificadas alterações tanto ao iniciar o trabalho em cuidados paliativos (9), como ao longo do tempo de trabalho em cuidados paliativos (7).

Após o início do trabalho em cuidados paliativos, várias participantes revelaram ter havido uma intensificação e consciencialização do uso de estratégias (6) “(...) *quando iniciei a minha atividade nesta área senti que isto foi algo que se tornou mais premente em termos, também, desta necessidade de autodisciplina a esse nível, de fazer acontecer efetivamente, criar espaço para estes momentos de uma forma mais consciente, mais deliberada* (...)” (P10), enquanto algumas mencionaram ter-se dado o início da utilização das estratégias (3) “*Eu acho que aquela situação traumática, daquele doente que morreu quando eu lá estava da primeira vez. Acho que isso, como mexeu muito comigo, alertou-me. (...) Que tenho que ter algum cuidado.*” (P3).

Ao longo do tempo de trabalho em cuidados paliativos, várias participantes referiram-se à utilização de estratégias diferentes consoante as necessidades sentidas (5) “*Porque eu estou em mudança, não é? Eu própria vou precisando de coisas diferentes e vou aproveitando ou retirando benefícios vários das várias estratégias que vou encontrando. Algumas, se calhar, fazem mais sentido numa fase da minha vida, e outras farão mais sentido mais à frente* (...)” (P2). Uma participante percecionou uma mudança para estratégias de reflexão e autoanálise (1) “*E acho que agora passa mesmo por uma consciência maior do que se está a passar connosco, não é? E que às vezes até sentimos que há algum sofrimento, e que este sofrimento, temos que olhar para ele, temos que cuidar dele* (...)” (P3). Esta participante encontrava-se numa fase avançada da sua carreira, tendo 26 anos de experiência profissional no total, e recorria essencialmente a estratégias de consciencialização, indo ao encontro dos resultados do estudo de Dorociak e colaboradores (2017). Outra participante referiu que o autocuidado tornou-se mais espontâneo (1) “*Acho que não ‘tou com tanta preocupação de ir “Deixa-me cá ver o que é que...”*. Já não vou lá ver. (...). *Porque quando eu vim para cá eu tinha mesmo que ir ver “Sim, eu sinto-me não sei quê, vou procurar nestes livros* (...) *Por isso vou ver como é que se faz, o que é que se faz, o que é que se faz”... e agora não*

preciso.” (P6). Estes dados são consistentes com as descobertas de estudos anteriores que sugeriram que as estratégias utilizadas vão sendo alteradas ao longo dos anos de experiência profissional (Dorociak et al., 2017; Parsonson & Alquicira, 2019).

O recurso às estratégias de autocuidado desde sempre (4) foi referido por algumas participantes.

2.3. Como cuidar de mim? (11). Este tema descreve quais as estratégias de autocuidado utilizadas por estas profissionais. As psicólogas demonstraram recorrer a várias e diversificadas estratégias. Numa lógica integrativa, não existe uma estratégia única que, utilizada individualmente, seja surpreendentemente eficaz. Ao invés, os psicólogos devem ser flexíveis e permitirem-se utilizar múltiplas estratégias de forma a retirar o máximo benefício (Norcross & VandenBos, 2018).

A maioria das psicólogas referiu que ter momentos de lazer (10) contribui para a manutenção do seu bem-estar. Estes momentos incluem: ouvir música (7); ler (5); ver filmes, séries, ir ao cinema (4); contacto com a natureza (3); cozinhar (2); dançar (2); ir ao teatro (1); trabalhos manuais (1); passar (1); ver espetáculos (1); ir jantar fora (1); e massagens (1). Como exemplo, uma participante disse “(...) *de manhã venho para o trabalho de carro, e apanho algum trânsito, e é música em altos berros, portanto eu venho mesmo com a música no máximo, e se for uma grande rockada, tanto melhor, venho mesmo...*” (P1). Grande parte das participantes considerou relevante partilhar dificuldades e desafios (10), em intervisão e reuniões de equipa (9), em supervisão (3), ou com familiares (1). A intervisão e reuniões de equipa foi a estratégia mais referida (16 referências) “*Primeiro tentar debater em equipa. Ou quando me dou conta que, inclusivamente, pode ter sido um caso difícil não só para mim, mas também para outros (...) tentar debater, tentar saber o que é que podíamos fazer ou o que é que não podíamos fazer.*” (P8), parecendo ser imprescindível para que, ao partilharem

“(...) *dúvidas, medos, hesitações, inseguranças.*” (P8), sintam o suporte da restante equipa, que tem um efeito protetor, como mencionado acima.

Por se encontrarem numa relação terapêutica que implica estarem constantemente expostos à doença e morte, as participantes descreveram como o reconhecimento da imprevisibilidade da vida contribuiu para valorizarem mais o momento presente e, consequentemente atribuírem importância a nutrir relacionamentos pessoais: passar momentos com pessoas significativas (8) “*E cada dia que temos pode ser aproveitado...aaa...dando valor àquilo que tenho e, essencialmente, àquilo que para mim é importante e que vivo diariamente, é a família.*” (P1). Também a atividade física (6) e definir limites (6) entre o meio profissional e pessoal (4) “(…) *conseguir também fazer aqui um corte, uma distância do profissional ao pessoal.*” (P9) e entre o eu e o outro (3) “(…) *nós temos de fazer um esforço muito grande, também, de separar aquilo que é nosso daquilo que é dos outros. (...) Posicionarmo-nos perante aquilo que fazemos, perante a pessoa que temos à nossa frente (...); perceber, também, estar consciente daquilo que ativa em nós (...)*” (P10) foram estratégias mencionadas. Outras estratégias utilizadas pelas participantes incluem: fazer pausas ao longo do dia (5); adquirir ou aprofundar conhecimentos (5) “(…) *ler mais, a procurar até artigos mais recentes que me pudessem mostrar o que é que havia mais nesta área, o que é que podia ser feito.*” (P2); fazer psicoterapia (4); ter uma prática espiritual e meditação (4) “*E no decorrer deste último ano (...) senti maior necessidade de recorrer à meditação. (...) às vezes aquele momento matinal do café na varanda a contemplar o dia a nascer, a ouvir os passarinhos, a apreciar os gatos à minha volta.*”(P10); ter momentos para si próprio (4) “(…) *momentos em que escolho ir para casa depois do trabalho e que procuro estar sozinha, estar comigo, sozinha.*”(P9); tirar férias e fazer escapadinhas ao fim de semana (3); quebrar rotinas (3) “*Tento fazer coisas, um bocadinho, que sejam diferentes e que cortem um bocadinho com aquilo que é o meu trabalho no dia-a-dia.*” (P3); abrandar o ritmo de

trabalho nos cuidados paliativos (3); e gerir o trabalho e a carga horária (3). Para além destas, algumas psicólogas relataram envolver-se em áreas culturais, recreativas e políticas (2); ter hábitos de sono saudáveis (2); ter uma alimentação cuidada (2); e valorizar-se a si próprio e ser menos exigente para consigo (2). No que diz respeito a esta última categoria, parecem existir algumas características associadas ao seu trabalho que as participantes consideraram contribuir para a criação de um “(...) *tom mais compassivo, não é? em relação a mim própria...*”(P10), permitindo-se procurar bem-estar e atribuir valor às coisas importantes da sua vida. Por exemplo, uma das participantes referiu “*Comecei a olhar para mim e a procurar bem-estar, tranquilidade (...) minimizar ansiedades (...). E não me esqueço de mim, todos os dias eu me lembro de mim, e isso é muito bom. E isso vem do trabalho que eu faço aqui.*” (P1). Por fim, foram ainda referidas estratégias como escrever sobre momentos difíceis (1); e retirar-se temporariamente do trabalho em cuidados paliativos (1) “(...) *demonos conta de que, se calhar, durante um tempo, não devo trabalhar em cuidados paliativos, ou devo parar um bocadinho, não é?*” (P3).

Não obstante a maioria das estratégias referidas serem utilizadas por vários psicólogos clínicos no geral (e.g., Harrison & Westwood, 2009; Killian, 2008; Mota, 2017; Skovholt & Trotter-Mathison, 2016; Swetz et al., 2009), as participantes demonstraram privilegiar algumas estratégias como ter momentos de lazer; partilhar dificuldades e desafios, principalmente com a equipa; nutrir relacionamentos pessoais; fazer atividade física; e definir limites, que parecem ajudá-las a lidar com os desafios da sua profissão. Estes resultados vão ao encontro de estudos existentes que revelaram que as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde paliativa incluem socializar e conversar com outras pessoas, definir limites, desligar-se dos pacientes e ter uma prática refletida (e.g., Cramond et al., 2020; Mills et al., 2018). Os dados ilustram como as psicólogas atribuem muita relevância ao papel da equipa, sendo não só a partilha de dificuldades uma forma de autocuidado, como o suporte

existente na equipa se constitui um fator protetor. Também a valorização da prática espiritual parece estar muito associada a este contexto (e.g., Mills et al., 2018; Swetz et al., 2009). Adicionalmente, foi interessante a referência de algumas participantes a estratégias previamente mencionadas por psicólogos que trabalham com pessoas que vivenciaram situações traumáticas (Ventura, 2018), como escrever sobre momentos difíceis e retirar-se temporariamente do trabalho. Sendo a exposição permanente ao sofrimento do outro potencialmente traumática, estes resultados vão ao encontro da hipótese proposta por Ventura (2018) de que estas estratégias podem ser potencialmente relevantes para psicólogos que estão expostos a situações traumáticas.

Por fim, algumas estratégias mencionadas parecem ter um contributo na sustentação e valorização do *self* pessoal, nomeadamente: quebrar rotinas, ter momentos para si próprio, e valorizar-se a si próprio e ser menos exigente para consigo. Considerando que a capacidade de se relacionar e cuidar do outro é uma parte integrante da sua rotina, é crucial que o psicólogo dedique alguns momentos a estar só, aprendendo a relacionar-se consigo mesmo e, conseqüentemente, sentindo autocompaixão. Tal permite que se torne capaz de perdoar a si mesmo e aceitar que a experiência humana inclui a imperfeição (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016).

Assim, apesar de existirem várias estratégias comuns a todos os psicólogos, há um conjunto de estratégias que podem ser especialmente relevantes para psicólogos que trabalham em cuidados paliativos, principalmente estratégias relacionadas com a prática de atividades revitalizantes, reconhecimento e aceitação dos desafios da profissão, sustentação de relacionamentos, estabelecimento de limites, valorização da pessoa, e cultivo da espiritualidade.

2.4. O tema **Cuidar de mim para quê?** (11) retrata os benefícios da utilização de estratégias de autocuidado. Todas as psicólogas consideraram ser imprescindível cuidarem de

si para poderem sentir-se melhor: ter saúde e bem-estar (11) “*Contribuem para o bem-estar, sem dúvida nenhuma. Dão sentido à vida (...)*”(P1). Para a maioria das participantes, as estratégias de autocuidado permitem também cuidar melhor: assegurar uma boa prática profissional (9) “*Se nós não cuidarmos de nós, também não conseguimos trabalhar bem, cuidar dos outros e ajudar os outros.*”(P3). Para além disso, permitem relaxar e distrair (9) e ter mais disponibilidade para a vida pessoal e familiar (5) “*Para que, no momento em que chegue a minha tal indisponibilidade, não se faça sentir dessa maneira, (...), esteja ali um bocadinho mais disponível para outro registo, que é ser mãe, ter filhos, fazer o jantar (...)*”(P2). Para algumas, é através do recurso a estratégias de autocuidado que se torna mais fácil gerir emoções (3) que surgem à medida que se vão envolvendo emocionalmente na relação terapêutica “*As emoções acumulam-se de uma forma muito física e a massagem é poderosa, (...) em termos de facilitar esta fluidez emocional.*”(P10); e não deixar pontas soltas: integrar as vivências dos casos (3) “*Se, talvez, dar o significado, o sentido; e falar, às vezes, sobre o assunto (...) com as pessoas que também estiveram, de alguma forma, envolvidas naquele caso...aaaa... porque dá uma sensação de finalizar.*”(P8). Algumas psicólogas mencionaram que as estratégias contribuem para o desenvolvimento pessoal e profissional (2) “*E isso, de facto, acho que nos dá maturidade, quer pessoal, quer profissional.*”(P3) ou facilitar a proximidade e coesão da equipa (1).

A maioria dos benefícios identificados vão ao encontro da literatura existente (e.g., Norcross & VandenBos, 2018; Rupert & Dorociak, 2019; Ventura, 2018; Wise & Reuman, 2019) que sugere que as estratégias de autocuidado são fundamentais para os profissionais se sentirem bem consigo mesmos, serem mais resilientes e mais capazes de cuidar dos outros. Ainda assim, surgiu a particularidade de permitirem que os psicólogos “não deixem pontas soltas” e, conseqüentemente, consigam fazer o “(...) *encerramento dos processos.*”(P8). Este benefício parece ser crucial para que, tal como verificado em estudos anteriores (e.g., Gama

et al., 2014; Pereira et al., 2016; Sansó et al., 2015), ao serem capazes de lidar com o fim da vida dos seus pacientes, consigam continuar a exercer funções neste contexto e manter o seu bem-estar. De facto, tal como mencionado por Skovholt e Trotter-Mathison (2016), a capacidade para honrar as perdas facilita a separação entre o terapeuta e o paciente e, consequentemente, permite que o profissional se sinta capaz de estabelecer novas relações. Este benefício do autocuidado parece ser particular ao contexto de cuidados paliativos.

2.5. Porque não cuidar de mim? (11) ilustra os obstáculos identificados pelas participantes que dificultam ou impedem a utilização de estratégias de autocuidado. A maioria identificou obstáculos associados às condições do trabalho (8), nomeadamente a falta de tempo associada ao excesso de trabalho (8) *“Os obstáculos serão o excesso de horas nestas áreas, sem profissionais de saúde mental suficientes para dar resposta. (...) por muito que a pessoa corra, o sentir que nunca chega...aaa... às situações que gostaria.”*(P4), pouca remuneração (1) *“A remuneração, portanto, posso dizer que, em termos líquidos, não chega aos 1100, não chega. Portanto para podermos, por exemplo, comprar pacotes de 10 massagens de drenagem linfática, que custam quase 500 euros, é complicado.”*(P10) e poucos dias de férias (1) *“As férias, o número reduzido de férias. O ano passado foi ridículo, aqueles 20 dias de férias foram ridículos. Este ano serão 22. Eu continuo a achar que é muito pouco para o tipo de trabalho que fazemos.”*(P10). A falta de tempo associada ao excesso de trabalho não é novidade, tendo sido previamente identificadas tanto por médicos e enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos (Mills et al., 2018) como por psicólogos que fazem intervenção no trauma (Ventura, 2018). Ainda assim, este fator associado à baixa remuneração e aos poucos dias de férias torna mais evidente que o facto de os psicólogos se sentirem pressionados a ter de fazer o melhor com poucos recursos e pouco reconhecimento afeta as suas práticas de autocuidado (Cramond et al., 2020; Parsonson & Alquicira, 2019).

Muitas participantes referiram-se a alguns fatores associados à pessoa (8) como o facto de achar-se inabalável: resistência em aceitar a necessidade de autocuidado (6) *“Às vezes esqueço-me, obviamente que nós, às vezes, esquecemo-nos de nós, mas sim. Os outros é que precisam de nós, nós não precisamos (...)”*(P5); arranjar desculpas (2) *“Nem o tempo, nem o dinheiro. Porque são aquelas desculpas muita fortes, parece que é inabalável, o “não tenho dinheiro e não tenho tempo”, oh pá, não. É contornável.”*(P1); e o cansaço (2) sentido. Uma participante identificou como um obstáculo o desconhecimento sobre a importância do autocuidado (1). Outra abordou os sentimentos de culpa face ao autocuidado (1), referindo *“Nós, de facto, não temos propriamente uma cultura de autocuidado. Nós sentimo-nos muito culpados, muitas vezes, quando despendemos tempo para nós próprios.”* (P10). Estes dados retratam como é comum os psicólogos terem a perceção de que, por serem os “profissionais das emoções”, devem ser peritos em regular e tolerar todos os níveis de stress e emoções desagradáveis (Cramond et al., 2020) sendo, portanto, inabaláveis. Tal parece dificultar o reconhecimento de que *“(...) estamos ali numa fase de maior fragilidade e, portanto, a precisar de mais cuidado.”*(P2), podendo estar relacionado com a dificuldade do psicólogo em ser autocrítico dado o receio de se autoanalisar (Ventura, 2018). Isto reforça a importância de se criar uma cultura de autocuidado (Barnett & Cooper, 2009).

Por fim, algumas psicólogas apontaram que residir longe do local de supervisão ou terapia (2) dificulta o acesso e procura desses serviços.

2.6. Apesar de não ter havido nenhuma questão neste sentido, um tema que surgiu foi **O motor: fatores promotores** (9), que descreve que fatores as participantes identificaram como tendo um contributo para a promoção da prática de autocuidado. Vários psicólogos destacaram o sentir o dever de cuidar de si (6) *“E se calhar o reconhecer, antes de mais, o reconhecer da necessidade, não é? Acho que se houver esse reconhecimento da necessidade tudo, depois, é mais fácil.”*(P11), acreditando existir uma responsabilidade ética de estarem

bem para terem competência para cuidar do outro, como proposto por Barnett e Cooper (2009). Algumas participantes referiram o papel das formações em luto (3) nesse sentido, dizendo, por exemplo que *“A formação em luto é uma formação muito... portanto, na área terapêutica, que nos incentiva ao autoconhecimento, também, e ao autocuidado.”*(P9). Algumas afirmaram que o surgimento de sintomas de stress (3) contribui para que encontrem estratégias que permitam atenuá-los. Por exemplo, uma participante disse *“Há momentos em que eu sinto que eles estão a surgir, e eu aí fico mais atenta, e tento encontrar as tais estratégias.”* (P2). Outros fatores encontrados incluem: ter necessidade de ter tempo para si (2) *“Se para além do meu trabalho no público ainda ter consultório privado...aaa....., se calhar era mais rica, não é?(...) Mas se calhar prescindindo desse dinheiro para ter lazer, sossego, atividades que me dão prazer, ir caminhar a pé, sei lá, outras coisas que não ser rica, não é?”*(P7) e ter um ambiente descontraído no trabalho (1). Uma psicóloga mencionou que reconhecer o impacto da falta de autocuidado do outro (1) contribuiu para que não descursasse o autocuidado na sua vida, dizendo *“Sempre tive alerta para isso, portanto, a estar bem. Talvez até por experiências anteriores de relação pessoal com pessoas que sentia à minha volta que não se protegiam, não se cuidavam, e o que é que fazia falta.”*(P9).

Domínio 3. Aprendizagem do autocuidado

Este último domínio ilustra como as psicólogas adquiriram conhecimento relativo ao autocuidado, permitindo perceber se, ao longo da sua formação este tema foi abordado (objetivo 5). O domínio retrata também a relevância atribuída à formação sobre este tema.

3.1. O tema **Acesso à informação** (11) indica se as participantes tiveram acesso a informação sobre o autocuidado na sua formação académica e profissional. É, talvez, pouco surpreendente que a maioria das participantes tenha mencionado ter tido escasso acesso à informação na formação académica ou profissional (10), *“Eu acho que é uma área bastante descorada, quer em termos formativos, quer em termos, depois, da nossa prática (...)”*(P3),

dada a pouca relevância ao autocuidado durante a formação de jovens psicólogos (Barnett et al., 2007; Barnett & Cooper, 2009) e considerando que estes resultados são semelhantes aos observados no estudo de Ventura (2018). Dada a reduzida aprendizagem sobre o tema na sua formação, algumas psicólogas referiram ter feito uma procura proativa (3) “(...) *fui lendo (risos). Autoformação, nem se falava disso antigamente. Autoformação, autoformação, sim. Fui lendo, fui pesquisando, fui vendo. Fui lendo coisas sobre o burnout, bastante.*” (P6) e outras mencionaram ter sido incentivadas a cuidar de si quando fizeram formação em luto (2). Apenas uma participante referiu ter tido acesso à informação referente à importância do autocuidado na formação académica e congressos (1), dizendo “*Tanto...sei lá, no mestrado, em congressos...Aaaa... aliás, é um tema cada vez mais debatido.*” (P8). Por ser a participante mais jovem e a única com licenciatura pós-Bolonha, estes dados sugerem que é possível que este tema tenha sido incluído nos currículos recentemente. Por fim, uma participante referiu ter aprendido a cuidar de si na aprendizagem de meditação (1).

3.1. Relevância atribuída à formação (9) refere-se à importância de incluir o autocuidado no plano curricular da formação académica e profissional dos psicólogos que trabalham em cuidados paliativos. Grande parte das participantes considerou importante existir formação sobre o autocuidado destacando que tal permitiria: aumentar o conhecimento das consequências do trabalho (6) “*Talvez dar-nos logo as ferramentas a irmos preparados. Não se cair um bocadinho às cegas no que é que é o mundo do constante sofrimento.*” (P5); tornar o autocuidado consciente (3) “*É assim, claro que a formação nisso é essencial (...)as pessoas se aperceberem que isto é importante. Porque, realmente, nós às vezes andamos em piloto automático, a fazer aquilo que temos que fazer (...)*” (P8); ser educado, para educar (1) “*(...) mas depois é-nos pedido para dar essas formações para os outros. Faria todo o sentido fazer parte dos currículos, é verdade.*” (P4) e aceitar o direito à compaixão (1) “*Mas no geral eu creio que isto, no que toca a outros colegas, que isto podia ter facilitado muito o nosso*

percurso, pelo menos, voltando aqui à ideia deste tom compassivo em relação a nós próprios, no mínimo, podermos ser um pouco mais tolerantes, também, connosco mesmos.”(P10). Assim, a educação e treino para o autocuidado destes psicólogos daria um contributo significativo para a aquisição dos pré-requisitos necessários ao autocuidado, uma vez que, ao terem mais formação sobre este tema, espera-se que estejam mais conscientes do impacto que os desafios da sua profissão tem no seu bem-estar, aumentando o sentido de responsabilidade para consigo mesmos e para com os outros (Barnett & Cooper, 2009; Norcross & VandenBos, 2018).

Conclusão

Os resultados vão ao encontro dos objetivos do presente estudo, permitindo perceber o impacto do trabalho em cuidados paliativos no bem-estar dos psicólogos e no seu autocuidado, bem como outros aspetos relacionados com o autocuidado.

As psicólogas parecem ter presente que, se por um lado existem vários riscos e consequências negativas associados ao desempenho das suas funções no contexto paliativo, por outro, as recompensas exercem uma influência considerável no seu bem-estar. Para além disso, são capazes de identificar os fatores protetores que, juntamente com a utilização de estratégias de autocuidado, contribuem para a gestão dos riscos e recompensas associadas ao trabalho. Possivelmente dado o reconhecimento do impacto que a sua profissão tem em si, a maioria das psicólogas estava atenta às suas necessidades individuais, monitorizando constantemente a forma como se sente.

O contexto em que trabalham parece influenciar não só a frequência e tipo de estratégias que utilizam, como a relevância que atribuem ao autocuidado. Com o começo do seu trabalho em cuidados paliativos várias psicólogas iniciaram a prática de autocuidado ou intensificaram a utilização de estratégias, para além de que, ao longo do seu trabalho neste contexto as estratégias utilizadas foram também sendo alteradas. É de salientar que todas as

participantes atribuíram relevância ao autocuidado, considerando a sua contribuição na manutenção do seu bem-estar e no auxílio de uma boa prática profissional. Também a possibilidade de o autocuidado permitir fazer o encerramento dos casos, contribuindo para continuidade da prática profissional, foi um benefício identificado por algumas psicólogas que é pouco referido na literatura existente. Apesar das estratégias utilizadas pelas participantes não serem distintas das estratégias utilizadas por psicólogos que trabalham noutros contextos, parecem existir algumas que são mais prevalentes e potencialmente mais relevantes para a manutenção do seu bem-estar, como: ter momentos de lazer, partilhar dificuldades e desafios, nutrir relacionamentos, atividade física e definir limites. Ao longo da análise e descrição dos resultados, foi também evidente a relevância atribuída pelas participantes ao suporte e comunicação da equipa.

As psicólogas revelaram sensibilidade para reconhecer barreiras à prática de autocuidado, tanto pessoais como profissionais. É evidente que a falta de tempo associada ao excesso de trabalho é o obstáculo mais referido por um maior número de participantes. Este torna claro a presença de sobrecarga horária nos profissionais que trabalham neste contexto, o que impede terem disponibilidade para cuidarem de si. Outros obstáculos associados às condições de trabalho são a pouca remuneração e poucos dias de férias. Apesar disso, estes aspetos podem não ser específicos nem dos cuidados paliativos, nem da psicologia clínica. Também o facto de o psicólogo se achar inabalável, negando a necessidade de cuidar de si se constitui uma barreira ao autocuidado. Como tal, é necessário que estes profissionais sejam mais capazes de identificar necessidades e vulnerabilidades individuais e cuidem de si mesmos. Arranjar desculpas, a presença de cansaço, ter pouco conhecimento sobre a relevância do autocuidado, e sentir culpa por cuidar de si foram outros aspetos identificados.

É importante destacar que, dado o pouco acesso a informação sobre o autocuidado na sua formação, a maioria das participantes considerou ser necessário haver mais educação

sobre este tema, de forma a permitir um maior conhecimento dos riscos da sua profissão e do dever ético de cuidar de si, facilitando o encontro de formas saudáveis de manterem o seu bem-estar.

Este estudo pretende dar um contributo inovador na compreensão das experiências dos psicólogos dos cuidados paliativos no que diz respeito às especificidades e desafios do seu trabalho e de formas de cooperar com os mesmos, recorrendo ao autocuidado. No que se refere a outros pontos fortes da investigação, a utilização da análise temática permitiu uma análise mais abrangente e detalhada sobre um tema pouco explorado. Também as participantes se demonstraram disponíveis para partilhar as suas experiências, o que se refletiu no *rappor*t estabelecido durante as entrevistas. Possivelmente tal deveu-se à relevância que as participantes atribuíram à investigação sobre autocuidado, ou talvez pelo facto de a entrevista ter sido conduzida por uma entrevistadora jovem, que estava a terminar a sua formação na mesma área profissional que as participantes.

Considerando as limitações do estudo, em primeiro lugar, todos os participantes que constituíram a amostra eram mulheres, ainda que isso seja representativo da classe de psicologia em Portugal, dado uma grande maioria destes profissionais serem mulheres. Uma segunda limitação prende-se com o facto de não se ter alcançado a saturação em algumas subcategorias, nomeadamente as que estão associadas às estratégias de autocuidado, o que demonstra a diversidade das mesmas. É de acrescentar que a mesma investigadora conduziu as entrevistas e analisou os dados, o que pode ter-se traduzido em alguma subjetividade no processo. De forma a contornar estas limitações, seria interessante replicar o estudo com uma amostra mais diversificada e com a colaboração de um consultor totalmente externo à investigação.

Considerando que apenas uma participante tinha tido educação sobre o autocuidado, possivelmente por ter licenciatura pós-Bolonha, poderá ser interessante realizar estudos que

comparem as diferenças entre a educação sobre o autocuidado em psicólogos com licenciatura pré-Bolonha e pós-Bolonha, e que explorem a influência da educação sobre o tema no autocuidado dos psicólogos que trabalham neste contexto. Para além disso, por se ter verificado a preferência de determinadas estratégias em detrimento de outras, poderá também ser importante desenvolver estudos quantitativos no sentido de avaliar se existem diferenças na frequência da utilização das diversas estratégias entre os psicólogos que trabalham em contextos distintos. Por fim, por ter sido dada tanta relevância pelas participantes ao papel da equipa e à partilha de dificuldades sentidas com colegas de trabalho, seria interessante explorar que características associadas às equipas de cuidados paliativos são mais protetoras e qual o contributo desta estratégia de autocuidado no bem-estar destes profissionais, percebendo as suas particularidades e benefícios.

Espera-se que esta investigação tenha tido um contributo para o aumento da relevância atribuída ao autocuidado pelos psicólogos que trabalham em cuidados paliativos (e noutros contextos), como forma de assegurar uma boa prática profissional e de garantir o bem-estar da pessoa do psicólogo. Espera-se também que encoraje a criação de sistemas educativos que destaquem a pertinência do psicólogo olhar por si, enquanto cuida do outro.

Referências

- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 2(4), 1-22.
- Barbosa, S. D. C., Souza, S., & Moreira, J. S. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(3), 315-323.
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 603a.
- Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a culture of self-care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 16-20. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01138.x>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology* 3 (2), 77 101.
- Coolican, H. (2014). *Research methods and statistics in psychology*. East Sussex/ New York: Psychology Press.
- Cramond, L., Fletcher, I., & Rehan, C. (2020). Experiences of clinical psychologists working in palliative care: A qualitative study. *European Journal of Cancer Care*. <https://doi.org/10.1111/ecc.13220>
- Di Benedetto, M. (2015). Comment on “The Self-Care of Psychologists and Mental Health Professionals” (Dattilio, 2015)-Working With the Mentally Ill Is a Mental Health Hazard: What Can We Do About It? *Australian Psychologist*, 50(6), 400–404. <https://doi.org/10.1111/ap.12144>

- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., & Zahniser, E. (2017). Work life, well-being, and self-care across the professional lifespan of psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(6), 429. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pro0000160>
- Elliott, D. M., & Guy, J. D. (1993). Mental health professionals versus non-mental-health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 83.
- Figley, C. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). New York: Routledge.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C., & Ludick, M. (2017). Secondary traumatization and compassion fatigue. In S. N. Gold (Ed.), *APA Handbook of trauma psychology: foundations in knowledge* (pp. 573-593). Washington, DC: American Psychological Association.
- Frey, R., Robinson, J., Wong, C., & Gott, M. (2018). Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. *Applied Nursing Research*, 43, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.003>
- Gama, G., Barbosa, F., & Vieira, M. (2014). Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 527-533. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.04.005>
- Golijani-Moghaddam, N. (2014). Practitioner psychologists in palliative care: Past, present, and future directions. *Counselling Psychology Review*, 29(1), 29-40.
- Graham, J., Ramirez, A. J., Cull, A., Finlay, I., Hoy, A., & Richards, M. A. (1996). Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliative medicine*, 10(3), 185-194. <https://doi.org/10.1177%2F026921639601000302>

- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0016081>
- Kase, S. M., Waldman, E. D., & Weintraub, A. S. (2019). A cross-sectional pilot study of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric palliative care providers in the United States. *Palliative & supportive care*, 17(3), 269-275. <https://doi.org/10.1017/S1478951517001237>
- Kasl-Godley, J. E., King, D. A., & Quill, T. E. (2014). Opportunities for psychologists in palliative care: Working with patients and families across the disease continuum. *American Psychologist*, 69(4), 364. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0036735>
- Kavalieratos, D., Siconolfi, D. E., Steinhauser, K. E., Bull, J., Arnold, R. M., Swetz, K. M., & Kamal, A. H. (2017). “It is like heart failure. It is chronic... and it will kill you”: A qualitative analysis of burnout among hospice and palliative care clinicians. *Journal of pain and symptom management*, 53(5), 901-910. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.337>
- Kearney, M. K., Weininger, R. B., Vachon, M. L., Harrison, R. L., & Mount, B. M. (2009). Self-care of physicians caring for patients at the end of life: “Being connected... a key to my survival”. *Jama*, 301(11), 1155-1164. <http://doi.org/10.1001/jama.2009.352>
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44. <https://doi.org/10.1177%2F1534765608319083>
- Leonard, R., Horsfall, D., Noonan, K., & Rosenberg, J. (2017). Identity and the end-of-life story: A role for psychologists. *Australian Psychologist*, 52(5), 346-353.

- Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional psychology: Research and practice*, 28(1), 14.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, 3(1), 131-149.
- Mills, J., Wand, T., & Fraser, J. A. (2018). Exploring the meaning and practice of self-care among palliative care nurses and doctors: a qualitative study. *BMC palliative care*, 17(1), 63.
- Mota, A. B. (2017). *O autocuidado do psicólogo clínico: equilíbrio entre a vida pessoal e profissional* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Norcross, J. C. (2019, outubro). *Therapist self-care, the therapeutic relationships that work and therapist responsiveness*. Workshop apresentado no ISPA, Lisboa, Portugal.
- Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1986). Psychotherapist heal thyself I: The psychological distress and self-change of psychologists, counselors, and laypersons. *Psychotherapy*, 23, 102-114.
- Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. Guilford Publications.
- O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional psychology: Research and practice*, 32(4), 345. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.32.4.345>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2019). *Linhas de orientação para a prática profissional OPP: Cuidados Paliativos* [PDF]. Retirado de

https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/lopp_no_a_mbito_dos_cuidados_paliativos.pdf

OMS (2002). *World Health Organization. Definition of Palliative Care.*

<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Parsonson, K., & Alquicira, L. (2019). The Power of Being There for Each Other: The Importance of Self-Awareness, Identifying Stress and Burnout, and Proactive Self-Care Strategies for Sex-Offender Treatment Providers. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 63(11), 2018.

<https://doi.org/10.1177%2F0306624X19841773>

Pereira, S. M., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317-326.

<https://doi.org/10.1177%2F0969733011398092>

Pereira, S. M., Teixeira, C. M., Carvalho, A. S., & Hernández-Marrero, P. (2016). Compared to palliative care, working in intensive care more than doubles the chances of burnout: results from a nationwide comparative study. *PloS one*, 11(9).

<https://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0162340>

Pereira, S. M., Teixeira, C. M., Ribeiro, O., Hernández-Marrero, P., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2014). Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 55-64. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13178>

Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247.

- Rockach, A. (2005). Caring for those who care for the dying: Coping with the demands on palliative care workers. *Palliative & supportive care*, 3(4), 325-332.
<https://doi.org/10.1017/S1478951505050492>
- Roletto, A. S. P. D. S. (2013). *Que papel para o psicólogo numa equipa de cuidados paliativos?* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2019). Self-care, stress, and well-being among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(5), 343–350. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pro0000251>
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200-207.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
- Silva, A. N. (2019). O autocuidado nos psicoterapeutas. In C. Biscaia & D. D. Neto (Eds.), *A Prática Profissional da Psicoterapia* (pp. 203 - 217). Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Simionato, G. K., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of clinical psychology*, 74(9), 1431-1456. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>
- Sinclair, S. (2011). Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *Canadian Medical Association Journal*, 183(2), 180–187. <https://doi.org/10.1503/cmaj.100511>

- Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals*. New York: Routledge.
- Spiegel, P. B. (1990). Confidentiality endangered under some circumstances without special management. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(4), 636-643.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-3204.27.4.636>
- Stamm, B. H. (2005). The ProQOL manual. *Retirado de*
<http://www.compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. London: Sage Publications.
- Swetz, K. M., Harrington, S. E., Matsuyama, R. K., Shanafelt, T. D., & Lyckholm, L. J. (2009). Strategies for avoiding burnout in hospice and palliative medicine: peer advice for physicians on achieving longevity and fulfillment. *Journal of palliative medicine*, 12(9), 773-777. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0050>
- Thoreson, R. W., Miller, M., & Krauskopf, C. J. (1989). The distressed psychologist: Prevalence and treatment considerations. *Professional Psychology: research and practice*, 20(3), 153.
- Turnbull, M. G., & Rhodes, P. (2019). Burnout and growth: Narratives of Australian psychologists. *Qualitative Psychology*.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/qup0000146>
- Ventura, I. (2018). *Cuidar de Si para cuidar do Outro: Autocuidado de Psicólogos Clínicos que trabalham com Pessoas que vivenciaram Situações Traumáticas*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- White, K., Wilkes, L., Cooper, K., & Barbato, M. (2004). The impact of unrelieved patient suffering on palliative care nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(9), 438-444. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.9.16049>
- Wise, E. H., Hersh, M. A., & Gibson, C. M. (2012). Ethics, self-care and well-being for psychologists: Reenvisioning the stress-distress continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 487. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0029446>
- Wise, E. H., & Reuman, L. (2019). Promoting competent and flourishing life-long practice for psychologists: A communitarian perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(2), 129. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pro0000226>

Anexos

Anexo A

Email enviado às instituições

Exmo(a) Sr(a).,

O meu nome é Daniela Sousa e encontro-me a desenvolver uma investigação no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica no núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva.

O estudo pretende explorar as estratégias de autocuidado utilizadas por psicólogos que trabalham nos cuidados paliativos. Sendo os cuidados paliativos um contexto com desafios muito particulares para os profissionais, é importante entender se e como os psicólogos monitorizam o seu bem-estar e cuidam de si.

Como tal, venho, por este meio, convidar os psicólogos da vossa equipa a participar neste estudo caso:

- Sejam Psicólogos Clínicos, membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses
- Trabalhem em contexto de cuidados paliativos
- Tenham 5 ou mais anos de experiência

Para colaborar será necessário participar numa entrevista, presencialmente ou via Skype, caso o desejem, cuja duração não deverá exceder 30 minutos. A entrevista será gravada em formato áudio, sendo eliminada após a publicação do estudo. Os principais objetivos são entender que estratégias de autocuidado os psicólogos utilizam, que importância atribuem às mesmas e que obstáculos identificam como sendo impeditivos da sua utilização. A participação é confidencial e voluntária, podendo, os participantes desistir a qualquer momento, se assim o desejarem.

Estou disponível para esclarecer qualquer dúvida. Para tal, aconselho que me contactem através deste email. Caso seja do interesse dos psicólogos participarem neste estudo, agradeço que entrem em contacto comigo através do email daniela.s.sousa2@gmail.com ou através do contacto telefónico 913444303.

Agradeço, desde já, a disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos.

As investigadoras,

Daniela Sousa

Ana Nunes da Silva

Anexo B

Email enviado aos participantes

O meu nome é Daniela Sousa e encontro-me a desenvolver uma investigação no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica no núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva.

O estudo pretende explorar as estratégias de autocuidado utilizadas por psicólogos que trabalham nos cuidados paliativos. Sendo os cuidados paliativos um contexto com desafios muito particulares para os profissionais, é importante entender se e como os psicólogos monitorizam o seu bem-estar e cuidam de si.

Como tal, convido-o(a) a participar neste estudo caso:

- Seja Psicólogo Clínico, membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses
- Trabalhe em contexto de cuidados paliativos
- Tenha 5 ou mais anos de experiência profissional

Para colaborar será necessário participar numa entrevista, presencialmente ou via Skype, caso o deseje, cuja duração não deverá exceder 30 minutos. A entrevista será gravada em formato áudio, sendo eliminada após a publicação do estudo. Os principais objetivos são entender que estratégias de autocuidado utiliza, que importância atribui às mesmas e que obstáculos identifica como sendo impeditivos da sua utilização. A sua participação é confidencial e voluntária, podendo desistir a qualquer momento, se assim o desejar.

Estou disponível para esclarecer qualquer dúvida ou curiosidade. Para tal, aconselho que me contacte através deste email. Caso seja do seu interesse participar neste estudo, agradeço que entre em contacto comigo através do email daniela.s.sousa2@gmail.com ou através do contacto telefónico 913444303.

Agradeço, desde já, a disponibilidade. A sua participação é importante.

As investigadoras,

Daniela Sousa

Ana Nunes da Silva

Anexo C

Consentimento Informado

O meu nome é Daniela Santos e Sousa e estou a desenvolver uma investigação no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica do núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa, sob orientação da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva, através da Faculdade de Psicologia da UL.

Este estudo pretende explorar as estratégias de autocuidado utilizadas pelos psicólogos que trabalham nos cuidados paliativos tendo como objetivos principais: identificar as estratégias de autocuidado utilizadas pelos psicólogos que trabalham nos cuidados paliativos e os benefícios percebidos da sua utilização, perceber como evoluíram as estratégias de autocuidado ao longo dos anos de experiência e explorar as dificuldades percebidas em implementar estratégias de autocuidado.

Como tal, venho solicitar a sua colaboração neste estudo.

Neste sentido, a sua colaboração consiste na participação numa entrevista, com duração aproximada de 20 a 30 minutos, sendo feita a sua gravação áudio, que será eliminada após a publicação do estudo.

A sua participação é confidencial e voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento e por qualquer motivo, se assim o desejar, não tendo nenhuma penalização ou dano.

Se desejar ter conhecimento dos principais resultados do estudo ou queira esclarecer alguma dúvida, disponibilizo-me para tal, podendo entrar em contacto comigo através do email daniela.s.sousa2@gmail.com.

Agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Caso concorde com os termos propostos, por favor assine este documento, digitalize-o e envie-o para o seguinte email daniela.s.sousa2@gmail.com :

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Obrigada pela sua colaboração.

Daniela Sousa

Ana Nunes da Silva

Faculdade de Psicologia

Anexo D

Questionário Sociodemográfico

Idade: _____

Género: F ☐ M ☐ Outro ☐

Estado Civil: Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐

Formação: Licenciatura Pré-Bolonha ☐ Licenciatura Pós- Bolonha ☐

Mestrado ☐ Doutoramento ☐ Pós-Graduação _____

Orientação Teórica: _____

Anos de experiência profissional: _____

Anos de experiência profissional nos cuidados paliativos: _____

Nº de horas semanais passadas no serviço de cuidados paliativos: _____

Nº médio de casos acompanhados semanalmente: _____

Tipologia da equipa

onde trabalha: Comunitária ☐ Internamento ☐ Intra-hospitalar de ☐
suporte

Faixa etária dos casos Crianças e ☐ Adultos ☐

acompanhados: Jovens

Teve alguma formação especializada nos cuidados paliativos? Se sim, qual?

Anexo E

Guião da entrevista semiestruturada

1. Apresentação

Bloco Temático	Objetivos
Apresentação da investigadora e do estudo	Dar a conhecer a investigadora bem como os principais objetivos e relevância do estudo.

2. Tema Geral: Especificidades da profissão e seu impacto nos profissionais

Bloco Temáticos	Objetivos	Exemplos de questões
Riscos associados ao trabalho em cuidados paliativos	Perceber que riscos associados ao trabalho em cuidados paliativos são percecionados pelos participantes.	<i>Considera que existem riscos em ser psicólogo nos cuidados paliativos? Em que sentido?</i>
Recompensas associadas ao trabalho em cuidados paliativos	Perceber se os participantes identificam a existência de benefícios associados ao seu trabalho. Em caso afirmativo, explorar quais são esses benefícios.	<i>Considera que existem recompensas que advém de ser psicólogo nos cuidados paliativos? Em que sentido? Que recompensas são essas?</i>

Equilíbrio entre os riscos e benefícios de trabalhar em cuidados paliativos	Explorar como os riscos e benefícios são geridos pelos participantes de forma a contribuir para o bem-estar do profissional.	<i>Sendo que reconheceu tanto os riscos como as recompensas associadas ao seu trabalho em cuidados paliativos, como gere os mesmos de modo a poder ter bem-estar?</i>
Experiência de desgaste profissional e seu impacto na vida do psicólogo	<p>Perceber se os participantes alguma vez experienciaram sintomas de desgaste profissional. Se sim, como descrevem esses sintomas e que influência têm/tiveram na sua vida pessoal e profissional.</p> <p>Perceber se a predisposição para o desgaste profissional alterou ao longo dos anos de experiência.</p>	<p><i>Alguma vez, ao longo da sua vida, experienciou sintomas de desgaste profissional?</i></p> <p>Nota: no caso de o participante não ter conhecimento do que significa desgaste profissional, dar exemplos (e.g. <i>burnout</i>, fadiga por compaixão)</p> <p><i>Pode dar-me alguns exemplos de sintomas que tenha experienciado?</i></p> <p><i>Que impacto considera que estes sintomas tiveram</i></p>

		<p><i>na sua vida pessoal e profissional?</i></p> <p><i>De que forma a experiência destes sintomas se alterou ao longo dos anos?</i></p> <p>(Nota: o objetivo é perceber se o desgaste profissional se foi alterando, no sentido em que a pessoa pode ter adquirido estratégias para lidar com os stressores)</p>
--	--	---

3. Tema Geral: Estratégias de autocuidado: relevância, evolução e barreiras

Blocos Temáticos	Objetivos	Exemplos de questões
Autoavaliação do bem-estar	Perceber se os participantes estão regularmente atentos aos sinais de alerta de stress que possam comprometer	<p>(Nota: Caso o participante não tenha identificado sintomas de desgaste profissional nas questões prévias, questionar:</p> <p><i>Reserva algum do seu</i></p>

	o seu bem-estar e o exercício da sua profissão.	<p><i>tempo para avaliar o seu bem-estar e identificar sinais de alerta de stress?)</i></p> <p><i>De que forma dedica parte do seu tempo a avaliar a presença de sinais de stress? Fá-lo diariamente, semanalmente?</i></p>
Importância do autocuidado	Perceber qual a importância que os participantes atribuem ao autocuidado.	<p><i>Acha importante que os psicólogos usem estratégias para estabelecerem e manterem o seu bem-estar?</i></p> <p><i>Que benefícios considera que essas estratégias trazem?</i></p>
Formação sobre autocuidado	Compreender se, ao longo da sua formação foi abordado o tema do autocuidado.	<i>Ao longo do seu percurso académico e profissional, teve formação relativamente ao autocuidado?</i>

	Perceber a relevância que os participantes atribuem a abordar o autocuidado na sua formação.	<i>Considera que o acesso a informação sobre o autocuidado foi/teria sido importante? Em que sentido?</i>
Estratégias de autocuidado	<p>No caso de os participantes recorrerem a estratégias de autocuidado, identificar que estratégias são utilizadas.</p> <p>Perceber os benefícios percebidos pelos participantes da implementação dessas estratégias de autocuidado.</p>	<p><i>Recorre regularmente a estratégias de autocuidado?</i></p> <p><i>Pode dar-me exemplos de estratégias que implementa?</i></p> <p>(Nota: caso o participante tenha referido algumas estratégias de autocuidado, dizer: <i>Há pouco falou-me de estratégias que utiliza para lidar com as exigências do contexto, consegue lembrar-se de mais alguma?</i>)</p> <p><i>Sente que essas estratégias contribuem para o seu bem-estar? De que forma?</i></p>

Evolução das estratégias de autocuidado	<p>Perceber quando os participantes iniciaram a implementação de estratégias de autocuidado.</p> <p>Explorar se as estratégias de autocuidado adotadas pelos participantes foram alteradas ao longo do tempo e entender como foi essa alteração.</p>	<p><i>A partir de que momento começou a recorrer a estratégias de autocuidado?</i></p> <p><i>Considera que a utilização destas estratégias tem sofrido alterações ao longo do tempo? Que alterações foram feitas? Quando foram feitas?</i></p> <p>(Nota: perceber se o trabalho em cuidados paliativos causou a alteração destas estratégias)</p>
Barreiras ao uso de estratégias de autocuidado	Compreender se os participantes percebem a existência de barreiras que dificultam ou impedem a implementação de estratégias de autocuidado.	<p><i>Acha que existem obstáculos que dificultam ou impedem a implementação de algumas estratégias?</i></p> <p><i>Quais são esses obstáculos?</i></p>

4. Tema Geral: Comentários e conclusão da entrevista

Blocos Temáticos	Objetivos	Exemplos de questões
Informação a acrescentar	Perceber se os participantes têm alguma informação a acrescentar.	<i>Há mais alguma coisa que considera importante partilhar sobre este tema?</i>
Abertura a questões e despedida	Estar disponível para responder a questões colocadas pelo participante e conclusão da entrevista.	<i>Tem alguma questão que me gostasse de colocar?</i>

Anexo F

Sistema Hierárquico de Categorias

Categorias	Fontes	Referências
1. Trabalho em cuidados paliativos e seu impacto	11	192
1.1. Funções dos psicólogos	9	23
Cuidar da equipa	7	11
Facilitar a partida dos pacientes em paz	4	6
Minimizar o sofrimento	3	3
Ajudar a resolver assuntos inacabados	2	2
Ajudar a encontrar o lado positivo da doença	1	1
Intervenção e acompanhamento da família no luto	3	4
Intervenção em crise	1	2
1.2. Fatores de risco	10	58
Características do trabalho	9	30
Relação terapêutica e elevado envolvimento emocional	8	14
Exposição aos limites humanos: doença, sofrimento e morte	6	13
“Ninguém cuida de mim”	1	2
Necessidade de constante atualização de conhecimentos	1	1
Características e vivências pessoais	7	12
Vulnerabilidades da vida pessoal	5	8
Ser inexperiente	2	3

Ausência de estratégias de <i>coping</i>	1	1
Condições de trabalho	5	16
Excesso de trabalho e sentir-se sobrecarregado	5	10
Conflitos e discordâncias entre profissionais	3	4
Contrato pouco estável	1	2
1.3. Consequências do trabalho	11	81
O bom	11	38
Satisfação por compaixão	10	23
Sentimentos de gratificação e recompensa	7	14
Fazer a diferença: sentir que se está a contribuir para a ajuda do outro	5	9
<i>Carpe diem</i> : valorizar a vida	5	6
Crescimento pessoal derivado do trabalho	4	6
O poder do homem: aceder à capacidade de superação do ser humano	2	3
O mau	8	43
Cansaço, desgaste emocional e stress	7	21
Maior risco de desgaste profissional ao longo do tempo	7	10
Dificuldade em dormir	3	5
Irritabilidade e labilidade emocional	3	3
Indisponibilidade emocional para a família	2	3
Sentimentos de injustiça	1	1
1.4. Fatores de proteção	11	30
Da pessoa	9	14

Maturidade pessoal e experiência profissional	7	8
Vida pessoal equilibrada	2	2
Ser alegre	1	1
Capacidade para gerir emoções	1	2
Reconhecimento de que os ganhos são superiores às perdas	1	1
Do trabalho	7	16
Suporte e comunicação na equipa	6	14
Trabalhar com pessoas com valores comuns aos do próprio	1	2
2. O autocuidado: como, para quê, e porque não	11	355
2.1.Autoavaliação do bem-estar	11	30
Olhar constante para dentro: reflexão sobre necessidades individuais e impacto do trabalho	9	26
Alerta amarelo: após surgimento de sintomas de stress	2	4
2.2. Alterações no autocuidado	10	30
Ao iniciar o trabalho em cuidados paliativos	9	15
Intensificação e consciencialização do uso das estratégias	6	11
Início da utilização das estratégias	3	4
Ao longo do tempo de trabalho em cuidados paliativos	7	11
Utilização de estratégias diferentes consoante as necessidades sentidas	5	8

Mudança para estratégias de reflexão e autoanálise	1	2
Autocuidado tornou-se mais espontâneo	1	2
Autocuidado desde sempre	4	4
2.3. Como cuidar de mim?	11	148
Ter momentos de lazer	10	35
Ouvir música	7	8
Ler	5	6
Ver filmes, séries, ir ao cinema	4	5
Contacto com a natureza	3	3
Cozinhar	2	4
Dançar	2	2
Ir ao teatro	1	1
Trabalhos manuais	1	2
Passear	1	1
Ver espetáculos	1	1
Ir jantar fora	1	1
Massagens	1	1
Partilhar dificuldades e desafios	10	22
Intervisão e reuniões de equipa	9	16
Supervisão	3	5
Com familiares	1	1
Nutrir relacionamentos pessoais: passar momentos com pessoas significativas	8	12
Atividade física	6	8

Definir limites	6	11
Entre meio profissional e pessoal	4	4
Entre eu e o outro	3	7
Fazer pausas ao longo do dia	5	7
Adquirir ou aprofundar conhecimentos	5	6
Psicoterapia	4	8
Prática espiritual e meditação	4	4
Ter momentos para si próprio	4	8
Tirar férias e fazer escapadinhas ao fim de semana	3	4
Quebrar rotinas	3	5
Abrandar o ritmo de trabalho nos cuidados paliativos	3	5
Gerir o trabalho e a carga horária	3	3
Envolver-se em áreas culturais, recreativas e políticas	2	2
Hábitos de sono saudáveis	2	2
Alimentação cuidada	2	2
Valorizar-se a si próprio e ser menos exigente para consigo	2	3
Escrever sobre momentos difíceis	1	1
Retirar-se temporariamente do trabalho em cuidados paliativos	1	1
2.4. Cuidar de mim para quê?	11	87
Sentir-se melhor: ter saúde e bem-estar	11	34
Cuidar melhor: assegurar uma boa prática profissional	9	22
Relaxar e distrair	9	13
Disponibilidade para vida pessoal e familiar	5	5

Gerir emoções	3	4
Não deixar pontas soltas: integrar as vivências dos casos	3	5
Desenvolvimento pessoal e profissional	2	2
Facilitar a proximidade e coesão da equipa	1	2
<hr/>		
2.5. Porque não cuidar de mim?	11	35
Condições do trabalho	8	17
Falta de tempo associada ao excesso de trabalho	8	15
Pouca remuneração	1	1
Poucos dias de férias	1	1
A pessoa	8	16
Achar-se inabalável: resistência em aceitar a necessidade de autocuidado	6	8
Arranjar desculpas	2	4
Cansaço	2	2
Desconhecimento sobre importância do autocuidado	1	1
Sentimentos de culpa face ao autocuidado	1	1
Residir longe do local de supervisão ou terapia	2	2
<hr/>		
2.6. O motor: fatores promotores	9	25
Sentir o dever de cuidar de si	6	11
Formações do luto	3	3
Surgimento de sintomas de stress	3	7
Ter necessidade de ter tempo para si	2	2
Ambiente descontraído no trabalho	1	1

Reconhecer o impacto da falta de autocuidado do outro	1	1
3. Aprendizagem do autocuidado	11	45
3.1. Acesso à informação	11	33
Escasso acesso à informação na formação académica ou profissional	10	19
Procura proativa	3	9
Formação em luto	2	2
Formação académica e congressos	1	2
Aprendizagem de meditação	1	1
3.2. Relevância atribuída à formação	9	12
Aumentar o conhecimento das consequências do trabalho	6	7
Tornar o autocuidado consciente	3	3
Ser educado, para educar	1	1
Aceitar o direito à autocompaixão	1	1